

Ängste und Phobien bei Kindern und Jugendlichen

Bachelorarbeit

an der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Education (BEd)

Eingereicht bei

Prof.in DDDr.in MMag.a Ulrike Kipman

vorgelegt von

Christina Sturm

11706296

Salzburg, August 2023

Vorwort

Nach nun fast 3 Monaten Arbeit bin ich am Ende meiner Bachelorarbeit angelangt. Zu Beginn war es für mich nicht einfach, mir einen Überblick über mein Thema zu verschaffen und die passende Literatur zu finden. Das Thema Angst und Phobien bei Kindern und Jugendlichen ist sehr groß und umfangreich. Nachdem ich mich dann eingeschränkt habe, wurde mir das Thema mehr und mehr verständlich und es war für mich dann auch sehr interessant sich mit diesem Thema intensiv auseinanderzusetzen. Ich hatte vorab keine Ahnung, wie sich bei Kindern Angst äußert und vor allem wovor Kinder Angst haben. Mit dem Schreiben dieser Arbeit wurde mir auch bewusst, dass Ängste bei Schulkindern eine bedeutsame Rolle spielen können.

Abstract

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Angst, Furcht und Phobie differenziert definiert. Angst wird als grundlegende Überlebensemotion beschrieben. Furcht bezieht sich auf konkrete Bedrohungen, die rational begründet sind, während Phobien als krankhafte und unbegründete Ängste vor bestimmten Auslösern charakterisiert werden, begleitet von starkem Vermeidungsverhalten. Die Unterscheidung zwischen einer normalen Angst und einer Angststörung wird betont. Ängste sind Teil der menschlichen Entwicklung, während Angststörungen klinisch signifikante Ängste sind, die zu Beeinträchtigungen führen. Diese Störungen können auf physiologischer, motorischer und kognitiver Ebene auftreten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Die Prävalenz von Angststörungen ist bei Mädchen höher. Bestimmte Ängste wie spezifische Phobien können bereits in der Kindheit auftreten, während soziale Phobien während der Pubertät entstehen. Ursachen für soziale Phobien werden diskutiert, einschließlich genetischer Faktoren, Verhaltenshemmung, Psychobiologie und kognitiver Risikofaktoren. Die BELLA- und HBSC-Studien zeigen, dass Mädchen häufiger unter Angststörungen leiden. Die kognitive Verhaltenstherapie wird als wirksamste Therapie identifiziert. Entspannungsverfahren und Aromatherapie können ebenfalls hilfreich sein. Lehrpersonen spielen eine wichtige Rolle bei der Erkennung und Bewältigung von Angststörungen bei Kindern. Sie können Anzeichen frühzeitig erkennen, den Austausch mit Eltern fördern, ängstliches Vermeidungsverhalten sensibel unterstützen und Techniken zur Bewältigung der Angst vermitteln und einsetzen.

| | | |
|------------|--|-----------|
| 7. | THERAPIEMÖGLICHKEITEN | 20 |
| 7.1 | DAS KOGNITIVE BEHANDLUNGSKONZEPT | 20 |
| 7.1.1 | SELBSTAUFMERKSAMKEIT REDUZIEREN | 20 |
| 7.1.2 | SICHERHEITSVERHALTEN ABBAUEN | 21 |
| 7.1.3 | VERZERRTE VORSTELLUNGSBILDER MODIFIZIEREN | 21 |
| 7.1.4 | GRÜBELN AUFGEBEN | 21 |
| 7.2 | ENTSPANNUNGSVERFAHREN | 22 |
| 7.2.1 | FANTASIEREISE | 22 |
| 7.2.2 | PROGRESSIVE MUSKELENTSPANNUNG (PME) | 23 |
| 7.2.3 | AUTOGENES TRAINING | 24 |
| 7.3 | AROMATHERAPIE | 24 |
| 7.4 | ANSÄTZE ZUR BEWÄLTIGUNG VON SOZIALER ANGST BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN | 25 |
| 7.4.1 | EXTERNALISIERUNG | 25 |
| 7.4.2 | IDENTIFIKATIONSFIGUR | 25 |
| 7.4.3 | GESCHICHTEN | 26 |
| 7.5 | ÜBERSICHT ÜBER DIE UNTERSCHIEDLICHEN THERAPIEFORMEN | 27 |
| 8. | WIE KÖNNEN LEHRPERSONEN UNTERSTÜTZEN?..... | 33 |
| 8.1 | ZEITPUNKT, ORT UND VORGEHENSWEISE | 34 |
| 8.2 | KONKRETE BEISPIELE FÜR DAS KLASSENZIMMER..... | 35 |
| 8.2.1 | PROGRESSIVE MUSKELENTSPANNUNG | 35 |
| 8.2.2 | AUTOGENES TRAINING | 35 |
| 8.2.3 | FANTASIEREISE | 37 |
| 8.2.4 | AROMATHERAPIE | 39 |
| 9 | ZUSAMMENFASSUNG, RESÜMEE UND AUSBLICK..... | 40 |
| | LITERATURVERZEICHNIS..... | 44 |
| | ABBILDUNGSVERZEICHNIS | 46 |
| | TABELLENVERZEICHNIS | 46 |
| | EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG | 47 |

1. Einleitung

Ängste begleiten uns alle bis zu einem gewissen Maß, was völlig normal ist. Erst wenn diese Ängste über einen längeren Zeitraum andauern, das Kind stark beeinträchtigen und es darunter leidet, spricht man von einer Krankheit. Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und sind daher von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Etwa ein Zehntel aller Kinder leidet unter einer Angststörung und es hat sich gezeigt, dass sie sich meist nicht von selbst lösen. Vielmehr stellen sie ein mögliches Risiko für das Auftreten zusätzlicher psychischer Beeinträchtigungen für Jugendliche und Erwachsene dar. Trotz dieser Tatsache erhalten nur wenig Betroffene mit Angststörungen eine angemessene therapeutische Behandlung. Dies ist ein wichtiger Faktor, der dazu beitragen könnte, die Entstehung zusätzlicher psychischer Erkrankungen zu verhindern. (In-Albon, 2011, S.10–11).

In der vorliegenden Arbeit werden Begriffe geklärt, Ängste und Phobien eingeteilt und auch auf mögliche Ursachen eingegangen. Ebenfalls wird auch auf Statistiken und Fallbeispiele näher erläutert. Die Arbeit endet mit Möglichkeiten zur Therapie von sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter sowie mit der Frage, was Lehrpersonen im Hinblick auf Kinder mit Ängsten beitragen können.

2. Phobie, Angst und Furcht

In den nächsten Absätzen wird näher auf die Begriffe Phobie, Angst und Furcht eingegangen.

2.1 Begriffserklärung Phobie

Phobie bezeichnet eine pathologische, unbegründete und andauernde Angst vor spezifischen Situationen, Objekten, Handlungen oder Menschen. Typischerweise äußert sich eine Phobie durch einen übermäßigen und unangemessenen Wunsch, den phobischen Reiz zu vermeiden. Ein charakteristisches Merkmal von Phobien ist die sofortige Angstreaktion, die bei Konfrontation mit dem phobischen Reiz auftritt, beispielsweise bei Hunden, Spritzen oder dem Sprechen in der Öffentlichkeit (In-Albon, 2011, S.16).

2.2 Begriffserklärung Angst

Angst ist hingegen eine grundlegende und überlebensnotwendige Basisemotion, die sich in als gefährlich wahrgenommenen Situationen zeigt. Sie fungiert als Warnsignal und richtet sich auf zukünftige Ereignisse. Die Evolutionsgeschichte zeigt, dass Angst als Schutzmechanismus dient, um angemessenes Verhalten in tatsächlichen oder vermeintlichen Gefahrensituationen auszulösen. Aufgrund der möglicherweise hohen Kosten einer übersehenen Bedrohung (wie Tod) ist das Angstsystem empfindlich eingestellt, was jedoch gelegentlich zu "Fehlalarmen" führen kann (In-Albon, 2011, S.15).

Schmidt-Traub sieht Angst als ein essenzielles menschliches Gefühl, welches bereits bei der bloßen Vorstellung von Gefahr ausgelöst wird. Sie ermöglicht ein schnelles und entschlossenes Handeln, ohne dass wir bewusst darüber nachdenken müssen. Als Alarmsystem fungiert die Angst als Schutzmechanismus und mobilisiert unsere körperlichen und seelischen Kräfte, um entweder einer Gefahr zu begegnen und zu kämpfen oder um uns in Sicherheit zu bringen. Angst ist ein grundlegendes menschliches Gefühl, das in leichter Form sogar als aufregender Kick empfunden werden kann, wie beispielsweise beim

Bungeespringen, beim Betrachten eines Horrorfilms oder bei einem hohen Einsatz in einem Spiel. Außergewöhnliches Risikoverhalten kann bei einigen Menschen einen Zustand von erwartungsvoller Angst und Neugier hervorrufen, der eine gewisse Spannung erzeugt und als angenehmes Vergnügen empfunden wird (Schmidt-Traub, 2015, S. 19).

2.3 Begriffserklärung Furcht

Furcht hingegen bezieht sich auf das konkrete Gefühl einer Bedrohung. Im Unterschied zur generellen Emotion der Angst ist die Furcht immer auf ein konkretes Objekt gerichtet, logisch nachvollziehbar und angemessen. Es geht darum, sich vor etwas Bestimmtem zu fürchten (In-Albon, 2011, S.15).

Laut Krone liegt Furcht vor, wenn die Gefahr eindeutig bestimmt werden kann und die Reaktionen der Flucht oder Vermeidung möglich sind. Furcht wird als ein Flucht- oder Vermeidungsmotiv betrachtet, während Angst als das Motiv angesehen wird, weitere Informationen über bedrohliche Situationen und Verhaltensweisen zu suchen. Angst wird als eine unentschiedene Form von Furcht bezeichnet (Krohne, 2010, S. 19–22).

3. Angst und Angststörung

Im nächsten Abschnitt wird der Unterschied zwischen einer normalen Angst und einer Angststörung erläutert.

3.1 Unterschied zwischen Angst und Angststörung

Es ist normal, dass Kinder Ängste haben, und nicht alle Ängste erfordern eine Behandlung. Ängste werden erst als Krankheit betrachtet, wenn sie über einen längeren Zeitraum anhalten und das Leben des Kindes erheblich beeinträchtigen, Leiden verursachen oder die natürliche Entwicklung des Kindes behindert wird. Es existieren aber auch milde Ängste, die zum regulären Entwicklungsverlauf eines Kindes gehören und zeitlich begrenzt sind. Während des individuellen Lebensverlaufs entstehen vielfältige Formen von Angst. Beispielsweise erleben viele Kinder während dem siebten und zwölften Lebensmonat eine Art von Angst,

wie die "Fremdelangst" oder "Achtmonatsangst", die aber normalerweise von alleine abklingt. Plötzlich auftretende laute Geräusche, Finsternis und Gespenster können Ängste bei Kleinkindern auslösen. Solche Ängste gehören zum normalen Entwicklungsprozess. Eltern können ihren Kindern helfen, mit diesen Ängsten umzugehen und Sicherheit zu vermitteln, aber sie können die Ängste nicht vollständig verhindern (In-Albon, 2011, S.16).

Angst ist ein weitreichendes Phänomen, das in verschiedenen Störungen eine zentrale Rolle spielt und sich auf unterschiedlichen Ebenen ausdrückt. Neben der emotionalen Komponente manifestiert sich Angst auch körperlich durch Muskelverspannungen sowie vegetativ-autonome Reaktionen wie erhöhte Herzfrequenz, Schwitzen, Erröten oder Erblassen, Hitzewallungen, Kälteempfinden und trockenen Mund. Das Verhalten wird durch gesteigerte Aufmerksamkeit und die besorgte Antizipation angstauslösender Situationen geprägt, was wiederum zu einer Vermeidungsstruktur führt. Bei Kindern können solche Situationen beispielsweise die Konfrontation mit Tieren, die Trennung von Bezugspersonen, soziale Zusammenkünfte oder Prüfungen und Bewertungen sein. Klinisch bedeutsame Ängste unterscheiden sich von alltäglichen Ängsten dadurch, dass sie nicht vorübergehend sind, für die jeweilige Entwicklungsphase unangemessen erscheinen, mit starken und anhaltenden Beeinträchtigungen verbunden sind, die normale Entwicklung hindern und Probleme im sozialen Umfeld auslösen können. Angststörungen können entweder durch eine übermäßig diffuse, frei flottierende Angst oder durch situations- und objektbezogene Ängste gekennzeichnet sein, die als Phobien bezeichnet werden. Oft gehen Angststörungen mit depressiven, phobischen oder zwanghaften Symptomen einher, seltener auch mit dissozialen Symptomen in Form von Komorbidität. Die differenzialdiagnostische Unterscheidung erfolgt auf der Grundlage des jeweiligen Symptomprofils (Steinhausen, 2019, S.181–182).

3.2 Merkmale von Angststörungen

Angststörungen können als Krankheit angesehen werden, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind, die das Leben einer Person beeinträchtigen. Diese Kriterien umfassen:

Ohne jede reale Bedrohung auftreten, zu lange andauern, auch nach Beseitigung einer realen Bedrohung andauern, unangemessen, zu stark und zu häufig auftreten, mit unangenehmen körperlichen Symptomen verbunden sind, mit einem Verlust der Kontrolle über Auftreten und Andauern verbunden sind, ausgeprägte Erwartungsängste zu Folge haben, auf falschen Erklärungskonzepten beruhen und richtige nicht vorhanden sind, keine Bewältigungsstrategien verfügbar sind, zur Vermeidung der Angstmachenden, objektiv ungefährlichen Situationen führen, Unterlassung wichtiger Aktivitäten zur Folge haben, Lebens Einschränkung, sehr belasten und starkes Leiden verursachen. (Morschitzky, 2009, S. 21)

3.3 Die drei Ebenen des Angsterlebens

Laut Schmied-Traub (2015, S.24–26) gibt es drei Ebenen, wie sich Ängste äußern können.

3.3.1 Physiologische Ebene

Ein beträchtlicher Anteil der Symptome im Zusammenhang mit Angststörungen zeigt sich auf körperlicher Ebene. Aus diesem Grund besteht bei vielen Menschen, die unter Ängsten leiden, die Tendenz, ihre Symptome als Anzeichen einer körperlichen Krankheit zu interpretieren. Während eines Angstanfalls können überängstliche Personen körperliche Empfindungen wie Herzklopfen, schnelles Atmen, Schwindel, vermehrtes Schwitzen, Übelkeit und andere vegetative Beschwerden erleben. Es ist wichtig zu betonen, dass diese körperlichen Empfindungen vollkommen harmlos sind und mit dem Nachlassen der Angst wieder verschwinden. Bei Kindern und Jugendlichen, die besonders empfindlich auf Angst reagieren, können diese körperlichen Empfindungen beunruhigend wirken. Dies könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass sie nur schwer durch Willenskraft beeinflusst werden können. Die Betroffenen bewerten diese physiologischen Beschwerden besonders negativ und fürchten häufig, dass sie an

einer schweren Krankheit leiden oder gar sterben könnten. Durch diese katastrophisierenden Bewertung wird die Angst weiter verstärkt (Schmidt-Traub, 2015, S. 24–25).

3.3.2 Motorische Ebene

Auf der motorischen und Verhaltensebene äußert sich das Erleben von Ängsten zum Beispiel durch Weglaufen, Wutausbrüche und körperliches Zittern (Schmidt-Traub, 2015, S. 25).

3.3.3 Kognitive Ebene

Die kognitive Ebene umfasst eine Vielzahl von mentalen Aktivitäten wie Wahrnehmungen, Gedanken, Vorstellungen, Informationsverarbeitung und Aufmerksamkeitsprozesse. Diese Prozesse spielen sich mehr oder weniger bewusst in unseren Köpfen ab. Obwohl Worte und Bilder häufig Teil unserer kognitiven Erfahrungen sind, können auch andere Sinnesempfindungen auf der Ebene der Vorstellungskraft erlebt werden. Wir können uns beispielsweise auf geistiger Ebene Dinge vorstellen, sehen, hören, riechen, schmecken oder berühren. Dabei gehen kognitive Prozesse immer mit begleitenden Gefühlen einher. Es besteht eine wechselseitige Beeinflussung zwischen Gefühlen und Kognitionen. Während wir direkten Einfluss auf unsere Gedanken und Vorstellungen nehmen können, haben wir keinen direkten Einfluss auf unsere Gefühle (Schmidt-Traub, 2015, S. 26).

3.4 Entwicklungstypische Ängste und alterstypische Angststörungen

Laut Schneider gehören Ängste im Kindesalter zur normalen Entwicklung. Ängste hängen auch mit der kognitiven Entwicklung des Kindes zusammen. Das bedeutet auch, dass sich die Angstinhalte mit dem Lebensalter und der kognitiven Entwicklung des Kindes verändern. Ängste im Kindesalter sind zudem weit verbreitet und es lässt sich oft schwer beurteilen, ob diese Ängste als krankhaft bezeichnet werden sollten. Folgende Tabelle soll zeigen, welche Ängste laut Schneider im jeweiligen Alter entwicklungstypisch sind und welche als Angststörung zu klassifizieren sind (Schneider, 2004, S. 10).

| Alter | Entwicklungstypische Ängste | Alterstypische Angststörung |
|---------------|--|---|
| 0 - 6 Monate | starke sensorische Reize, Aufmerksamkeitsverlust, laute Geräusche | |
| 6 - 12 Monate | unbekannte Personen, Trennung | |
| 2 - 4 Jahre | Fantasiegestalten, Einbrecher_innen, Finsternis | Angst vor Trennungen, spezifische Phobie vor Tieren, Blut, medizinische Eingriffe |
| 5 - 7 Jahre | Naturgefahren (Feuer, Überschwemmung), Verletzungen, Tiere, medienbasierte Ängste | Spezifische Phobie vor Tieren, Blut, medizinische Eingriffe |
| 8 - 11 Jahre | negative schulische oder sportliche Leistung | Prüfungsangst |
| 12 - 18 Jahre | Zurückweisung durch Gleichaltrige | Soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung |

Tabelle 1: Entwicklungstypische Ängste und alterstypische Angststörungen

(Quelle: Schneider, 2004, S. 10)

4. Klassifikationen und Erscheinungsbilder der Angststörung bei Kindern und Jugendlichen

In diesem Kapitel werden die Klassifikationen und Erscheinungsformen der Angststörungen im Kindesalter dargestellt.

Die ICD (= die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) unterscheidet vier spezifische Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen:

- *„Emotionale Störung mit Trennungsangst*
- *Phobische Störungen*
- *Störungen mit sozialer Ängstlichkeit*
- *Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität“* (In-Albon, 2011, S. 28).

Die wichtigsten Angststörungen im Kindern und Jugendlichen laut DSM (= diagnostischer und statistischer Leitfadens psychischer Störungen) sind:

- Trennungsangst
- Phobie
- Generalisierte Angststörung (In-Albon, 2011, S. 28).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie spricht davon, dass Angststörungen durch bestimmte Familienstile begünstigt werden können oder es Zusammenhänge zwischen den Ängsten der Eltern und ihrer Kinder gibt (z.B. überbehütendes Verhalten der Eltern oder eine besonders enge Mutter-Kind-Beziehung). Bezüglich der Geschlechterverteilung überwiegen bei Angststörungen Mädchen. Das Verhältnis ist 60:40, bei spezifischen Phobien (z.B. Tierphobien) überwiegt noch deutlicher das weibliche Geschlecht. Viele spezifische Phobien treten bereits im Kindesalter auf. Die sozialen Phobien beginnen meist in der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter (Remschmidt et al., 2008, S. 232).

4.1 Erscheinungsbilder von Phobien

Die zweite Angstkategorie laut DSM (= diagnostischer und statistischer Leitfadens psychischer Störungen) ist die Phobie. Kinder mit Phobien haben eine übertriebene

Angst vor bestimmten Objekten (z.B. Spritzen), Situationen (z.B. Dunkelheit), Tieren (z.B. Spinnen) oder sozialer Interaktionen (z.B. Vorträge halten). Alle Formen der Phobien können bei Kindern zu starken körperlichen Symptomen wie Herzklopfen, Bauchschmerzen oder Zittern führen. Kinder versuchen jene gefürchteten Situationen zu vermeiden oder suchen die Nähe ihrer Eltern auf. Häufig reagieren sie mit Wutanfällen, gelähmt sein oder anklammern an eine Bezugsperson (In-Albon, 2011, S. 35—37).

4.1.1 Spezifische Phobie

Wenn die Angst einen konkreten Auslöser hat, handelt es sich um eine spezifische Phobie.

In-Albon weist darauf hin, dass die häufigsten Bereiche spezifischer Phobien bei Vorschulkindern die Angst vor Unbekannten, die Angst vor der Dunkelheit und die Angst vor bestimmten Tieren sind. Bei Grundschulkindern kommt die Angst vor Gewittern und die Angst um die persönliche Sicherheit hinzu. Die Autorin stellt weiters fest, dass im Teenageralter zwischen 12 und 17 Jahren die Angst vor bestimmten Tieren, die Angst vor Naturkatastrophen und die Angst vor spezifischen Situationen wie enge Räume oder Höhen hinzukommen (In-Albon, 2011, S. 35).

Besonders häufig beobachtet man Tierphobien (Spinnen-, Hunde-, Pferdephobien), aber auch die Klaustrophobie (Angst bei engen geschlossenen Räumen) und die Agoraphobie (Angst vor großen Plätzen mit vielen Menschen) sind typische Phobien. Kinder und Jugendliche mit spezifischen Phobien versuchen tunlichst diese Situationen zu vermeiden, da sie ansonsten in massive Angstzustände geraten. Oft sind es schüchterne, ängstliche und introvertierte Kinder mit wenig Durchsetzungsvermögen. Es existiert eine große Vielfalt an Objekten und Situationen, welche spezifische Phobien betreffen: Tierphobien, Angst vor Dunkelheit, vor dem Fliegen, vor dem Zahnarztbesuch, vor Verletzungen, vor Krankheiten oder Höhenphobie. Spezifische Phobien entstehen wie bereits beschrieben im Kindes- oder Jugendalter (Remschmidt et al., 2008, S. 232).

4.1.2 Soziale Phobie

Die Autoren Melfsen und Walitza beschreiben die soziale Phobie als das am klarsten definierte Konzept. Die soziale Phobie ist die stärkste Ausprägung der

sozialen Angst. Die soziale Phobie ist laut den Autoren um eine stark ausgeprägte und andauernde Angst vor sozialen Situationen, in denen die betroffene Person von anderen Menschen bewertet werden könnte. Die betroffene Person fürchtet sich davor, ein möglicherweise peinliches oder demütigendes Verhalten zu zeigen. Personen, welche unter sozialer Phobie leiden, versuchen gefürchtete Situationen zu vermeiden oder ertragen diese mit starkem Unbehagen beziehungsweise Panikattacken. Weiteres wird betont, dass Kinder ihre Ängste oft nicht begründen können (Melfsen & Walitza, 2013, S. 28–33).

Melfsen und Walitza beschreiben den Indikator einer sozialen Phobie im Kindesalter wie folgt: Bei Kindern kann es zum Beispiel zu Leistungsabfall in der Schule, Verweigerung der Schule, Vermeidung sozialer Aktivitäten, Trotzanfälle, Wutanfälle, Kopf- oder Bauchschmerzen auftreten. Die Symptome einer sozialen Phobie bei Kindern können sehr verschieden sein. Verhaltensweisen, wie Fingernägel kauen, schnelles Erröten, Schweigsamkeit, Nervosität, geistige Abwesenheit oder mangelnder Augenkontakt können auf soziale Phobien hinweisen. Angstauslösende Situationen für Schulkinder können zum Beispiel das laute Vorlesen oder das Vortragen von Referaten sein (Melfsen & Walitza, 2013, S. 28–33).

Sehr oft entwickeln die betroffenen Kinder und Jugendlichen aber auch Strategien, um bei einer sozialen Phobie die Angst zu reduzieren oder die soziale Gefahr vielleicht sogar abzuwehren. Dieses Vermeidungsverhalten wird auch als Sicherheitsverhalten bezeichnet. Nachteil dieses Verhaltens ist allerdings, dass die Betroffenen sich selbst nur mehr verzerrt wahrnehmen, es zu keiner angemessenen Bewertung der Situation kommen kann und somit in Folge eine Korrektur des Verhaltens erschwert wird.

Dieses Sicherheitsverhalten kann sich bei sozial phobischen Kindern und Jugendlichen wie folgt äußern:

- um unauffällig zu sein, wird sich der Mode angepasst
- es werden Kleidungsstücke gewählt, unter denen man sich verstecken kann (Kappe, Kapuze usw.)
- zum Schutz werden häufig die Hände vor das Gesicht gehalten
- die Haare werden ins Gesicht fallen gelassen

- es werden Plätze aufgesucht, die einen kurzen Fluchtweg haben
- Blickkontakt wird vermieden
- es wird leise gesprochen
- es wird in kurzen Sätzen gesprochen
- es werden selten Fragen gestellt
- betroffene Kinder bewegen sich nicht viel
- sie vermeiden den Kontakt mit anderen, indem sie sich zurückziehen

Das sind einige Beispiele für ein Sicherheitsverhalten, welches vor allem in der Therapie von großer Bedeutung ist (Melfsen & Walitza, 2013, S. 34–37).

Neben dem Sicherheitsverhalten zeigen betroffene Kinder und Jugendliche, laut Melfsen und Walitza, auch physiologische Reaktionen. Besondere Symptome sind starkes Herzklopfen, Zittern, Kälteschauer, Schwitzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Atemlosigkeit, Erstarren, erhöhter Puls oder erhöhte Muskelanspannung (Melfsen & Walitza, 2013, S. 37).

4.1.3 Agoraphobie

Unter dem Begriff „Agoraphobie“ versteht man eine Angststörung, bei welcher die betroffene Person eine starke Angst davor hat, das eigene zu Hause zu verlassen, öffentliche Einrichtungen zu betreten, öffentliche Verkehrsmittel oder Aufzüge zu benutzen (Altenthan, et al., 2008, S. 146).

Die Autorin Schmied-Traub beschreibt den Fachbegriff Agoraphobie als eine starke Angst vor Situationen, aus denen ein Entkommen unmöglich oder Hilfe nicht erreichbar zu sein scheint, wenn es zu einer panischen Furcht kommt. Menschen, die unter einer Agoraphobie leiden, vermeiden diverse Angstsituationen. Dabei lassen sich typische Muster von Situationen erkennen, die oft angsterregend sind, und daher wenn möglich von Kindern oder Jugendlichen vermieden werden (Schmidt-Traub, 2015, S. 34–35).

Dazu gehören:

„das Alleinsein zu Hause, Menschenmengen, Schlangenstehen, Kaufhäuser, öffentliche Verkehrsmittel, Fahrstühle, Höhen, Fliegen usw.“ (Schmidt-Traub, 2015, S. 35).

Agoraphobiker_innen haben im Grunde Angst vor den Aspekten, die sich hinter der Phobie verbergen, wie zum Beispiel dem Sterben oder vor Erkrankungen. Diese Ängste sind den Betroffenen oft nicht bewusst. Hinzu kommt die Furcht vor panikartigen Anzeichen, vor allem vor den physischen Beschwerden, die mit Angst einhergehen, wie Übelkeit, Schwindel oder Herzrasen. Die Betroffenen haben die Befürchtung, dass sie die scheinbar verheerenden Auswirkungen dieser Symptome nicht kontrollieren können. Menschen mit Agoraphobie haben Angst vor Situationen, in denen sie sich beengt fühlen. Oft können sie nicht genau benennen, was ihnen Schlimmes passieren könnte. Angst bereitet ihnen auch der Gedanke, sich nicht rechtzeitig in Sicherheit begeben zu können. Aus diesem Grund vermeiden sie solche angstausslösenden Situationen entweder ganz oder sie ergreifen Maßnahmen wie das Sitzen in der Nähe von Ausgängen oder einer Begleitung. Dieses Vermeidungsverhalten mag auf den ersten Blick kurzzeitig erfolgreich sein, da die Angst in diesem Augenblick nicht vorhanden ist. Allerdings ist dieser Erfolg trügerisch, da die Angst langfristig ansteigt (Schmidt-Traub, 2015, S. 35).

Dieser Teil meiner Bachelorarbeit bot einen umfassenden Einblick in die verschiedenen Phobien, die im Kindes- und Jugendalter auftreten können, und liefert wichtige Informationen über ihre Erscheinungsbilder. Durch das Verständnis dieser Störungen können Fachleute angemessene Diagnosen stellen und geeignete Behandlungsansätze entwickeln, um Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen zu helfen. Die dargelegten Erkenntnisse können auch dazu beitragen, das Bewusstsein für Angststörungen in dieser Altersgruppe zu schärfen und die Bedeutung einer rechtzeitigen Intervention zu betonen.

5. Ursachen und Risikofaktoren für Phobien

Die Ursache von sozialen Phobien bietet leider keine einfache Antwort. Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, welche für das Zustandekommen einer sozialen Phobie infrage kommen (Consbruch & Stangier, 2010, S.14).

Im folgenden Kapitel wird es einen Überblick über Theorien zur Entstehung sozialer Phobien geben.

5.1 Genetische Faktoren

Viele wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Entstehung einer sozialen Phobie auch genetisch beeinflusst wird. Nicht das Risiko an einer Angststörung zu erkranken wird vererbt, sondern vielmehr die Veranlagung ängstlich zu sein. Schüchterne oder gehemmte Menschen sind besonders gefährdet eine soziale Phobie zu entwickeln. Wobei nicht jeder schüchterne Mensch automatisch an einer sozialen Phobie erkrankt (Consbruch & Stangier, 2010, S. 15).

5.2 Verhaltenshemmung

In unvertrauten Situationen reagieren betroffene Menschen mit Scheue und Schüchternheit. Mehrere Studien haben bewiesen, dass bei verhaltensgehemmten Kindern erhöht das Risiko besteht, an Angststörungen zu leiden. Verhaltenshemmung und Scheue erhöhen das Risiko an sozialen Ängsten zu leiden. Dies kann aber nicht als Ursache der sozialen Angst gelten (Consbruch & Stangier, 2010, S. 15).

5.3 Psychobiologie

Eine besonders wichtige Rolle bei der Entstehung der Angst spielt die Amygdala. Sie ist ein Teil des limbischen Systems und wird auch oft als Mandelkern bezeichnet. Die Amygdala ist verantwortlich für die Bewertung und Wiedererkennung von Situationen sowie für die Einschätzung von Gefahren und der daraus entstehenden emotionalen Reaktionen. Einige Studien zeigten laut der

Autorin In-Albon, dass Kinder mit Angststörungen eine erhöhte Amygdala-Aktivität aufwiesen (In-Albon, 2011, S. 64).

5.4 Kognitive Risikofaktoren

Bei Kindern und Jugendlichen, die von Angststörungen betroffen sind, zeigen sich oft folgende Merkmale. Sie besitzen meist eine starke Fokussierung auf Gefahreninformationen, eine selektive Aufmerksamkeitszuwendung und eine erhöhte Ablenkbarkeit durch Gefahrenreiz. In-Albon spricht in diesem Zusammenhang vom Aufmerksamkeits-, Interpretations- und Memory-Bias (In-Albon, 2011, S. 64).

Während für Erwachsene größtenteils empirisch abgesicherte Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer sozialen Angststörung vorliegen, steht dies für Kinder und Jugendliche noch aus. Es sind aber auch bei Kindern und Jugendlichen dysfunktionale Kognitionen vorzufinden, was somit eine Übertragbarkeit der Modelle (von Erwachsenen auf Jugendliche und Kinder) ermöglicht (Tuschen-Caffier, Kühl & Bender, 2009, S. 29).

In den nächsten drei Unterpunkten wird auf die drei vorhin erwähnten Risikofaktoren (Aufmerksamkeits-, Interpretations- und Memory-Bias) näher eingegangen. Bias bedeutet eine Verzerrung in der Verarbeitung von Informationen.

5.4.1 Interpretations-Bias

Das Interpretations-Bias bezeichnet die Tendenz, Reize, die mit Ängsten in Verbindung stehen, als potenziell bedrohlich zu interpretieren. Mehrere Studien kamen zum Ergebnis, dass ängstliche Kinder mehrdeutige Informationen häufig als bedrohlich empfinden. Weiters erwarten sie regelrecht negative Ergebnisse, da sie der erfolgreichen Bewältigung von gefährlichen Situationen oder ängstlichen Gefühlen eine geringe Wahrscheinlichkeit zuschreiben. Dies hat zur Folge, dass ängstliche Kinder oder Jugendliche sehr häufig Flucht- oder Vermeidungsstrategien wählen, um sich sicher zu fühlen. In Summe lässt sich sagen, dass betroffene Personen dazu neigen Angst auslösende Reize als bedrohlich zu empfinden (In-Albon, 2011, S. 65).

5.4.2 Aufmerksamkeits-Bias

Das Aufmerksamkeits-Bias beschreibt die Verschiebung der Aufmerksamkeit auf bedrohliche Reize. In diesem Zusammenhang konnten In-Albon et al. in einer Augenbewegungsstudie bei Kindern mit Trennungsangst folgendes Verhalten nachweisen. In einem Test schauten Kinder mit Trennungsangst häufiger auf ein bedrohliches Bild (Abschiedssituation) und begannen es dann zu vermeiden beziehungsweise schauten sie dann signifikant öfter auf ein für sie nicht bedrohliches Bild (Ankunftssituation). Zusammenfassend schreibt In-Albon, dass eine selektive Verschiebung der Aufmerksamkeit auf Bedrohungen erfolgt (In-Albon, 2011, S. 65–66).

5.4.3 Memory-Bias

Das Memory-Bias ist eine weitere kognitive Besonderheit der Angststörungen. Sie zeigt sich als Verzerrung des Gedächtnisses. Zusammengefasst kann man sagen, dass eine Neigung entsteht, sich an bedrohliche Reize besser zu erinnern (In-Albon, 2011, Seite 66). Schneider spricht in diesem Zusammenhang von einer Neigung zur bedrohlichen Erinnerung. Es gibt die Annahme, dass Patienten_innen mit Angststörung sich an störungsrelevante Reize sehr gut erinnern können. In einer Studie von Daleiden (1998) zeigte sich, dass Kinder mit Angst eine hohe Erinnerungsleistung auf Wörter, welche in Zusammenhang mit ihrer Angst waren, hatten. Die wenigen Studien zu diesem Thema mit Kindern und Jugendlichen zeigen, dass diese Kinder eine verzerrte und fehlerhafte Informationsaufarbeitung besitzen. Sie weisen außerdem eine selektive Aufmerksamkeitszuwendung und starke Fokussierung auf Gefahreninformationen auf (Schneider, 2004, S.147).

5.5 Angstsensitivität

Forschungen zeigten, dass Menschen mit einer erhöhten Angstsensitivität eher zu Panikstörungen neigen. Betroffene Personen glauben, dass besondere körperliche Symptome (Herzklopfen, Bauchschmerzen, Schwitzen, Erröten, Übelkeit oder Zittern) negative Auswirkungen haben. Eine betroffene Person würde z.B. sagen: „Wenn ich merke, dass mein Herz schneller schlägt, habe ich Angst einen Herzinfarkt zu bekommen“ (Butcher, Mineka & Hooley, 2009, S. 250).

Die Autorin In-Albon schrieb zu diesem Thema folgendes:

„Angstsensitivität ist die Neigung einer Person, dass die mit Angst assoziierten Symptome (v.a. körperliche Symptome) zu schädigenden körperlichen, psychischen oder sozialen Konsequenzen führen können, die über das unmittelbare körperliche Unbehagen während akuter Angst oder eines akuten Panikanfalls hinaus reichen“ (In-Albon, 2011, S. 66).

Es ist bereits nachgewiesen, dass ein Zusammenhang von Angstsensitivität mit Panikanfällen und Trennungsangst besteht (In-Albon, 2011, S. 66).

5.6 Elterlicher Erziehungsstil

Studien zeigen, dass ein kontrollierender und überbehütender Erziehungsstil sowie wenig emotionale Wärme und Feinfühligkeit Faktoren für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind. Eine Studie von Gar und Hudson aus dem Jahr 2008 zeigt zusätzlich auf, dass die Angst eines Kindes in engem Zusammenhang mit einem überbehütenden und kritischen Erziehungsverhalten der Eltern einhergeht. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2007 kam zum Ergebnis, dass elterliche Kontrolle eher mit Angststörung in Verbindung gebracht wird, als elterliche Ablehnung (In-Albon, 2011, S. 67).

5.7 Belastende Lebensereignisse

Wenn ein Kind ein stressvolles Ereignis erlebt und bereits vorher ängstlich war, so kann dieses Ereignis bereits vorhandene Ängste verstärken. Einige Studien konnten zeigen, dass Kinder mit Angststörungen eher beeinträchtigenden Lebensereignissen ausgesetzt waren, als gesunde Kinder. Wird ein Kind von einem Hund gebissen, dann ist es natürlich, dass dieses Kind Hunde für eine bestimmte Zeit lang meidet. Hatte dieses Kind aber schon vor dem Biss Angst vor Hunden, so kann ein solcher Zwischenfall bestehende Ängste weiter verstärken. Auch in einer Bremer Jugendstudie berichten Jugendliche mit Angststörungen über negative Ereignisse in ihrem Leben. Diese Lebensereignisse umfassen Schule und Ausbildung, Eltern, soziale Kontakte, Todesfälle, Wohnort, Gesetz sowie Gesundheit und Krankheit (In-Albon, 2011, S. 67–69).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Entstehung einer Phobie keine einfache Erklärung hat und durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden kann. Unter den genannten Ursachen sind genetische Faktoren, Verhaltenshemmung, Psychobiologie, kognitive Risikofaktoren wie Interpretations-Bias, Aufmerksamkeits-Bias und Memory-Bias sowie die Angstsensitivität zu finden. Zudem werden der elterliche Erziehungsstil sowie belastende Lebensereignisse als mögliche Einflussfaktoren genannt.

6. Bezug zu Studien und Statistiken

6.1 Health Behaviour in School-aged Children Study

Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) ist eine bedeutsame europäische Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit unter der Leitung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie wird vierjährlich in unterschiedlichen europäischen Ländern und Regionen durchgeführt und liefert wichtige Informationen für gesundheitspolitische Maßnahmen und nationale Gesundheitsziele. Die Studie wurde erstmals 1982 entwickelt und erhebt Daten zum Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden von Personen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren. Die regelmäßigen Datenerhebungen ermöglichen nicht nur Aussagen über das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Schüler_innen, sondern auch über soziale Einflussfaktoren und Entwicklungen im Zeitverlauf. Ein wichtiges Ergebnis der HBSC-Studie in Bezug auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schüler_innen in Österreich ist, dass deutlich mehr Mädchen als Burschen unter häufigen psychischen oder körperlichen Beschwerden leiden. Zu den am häufigsten genannten Symptomen zählen Reizbarkeit, schlechte Laune, Einschlafschwierigkeiten, Nervosität, Sorgen um die Zukunft und Niedergeschlagenheit. In sämtlichen Altersgruppen weisen Mädchen im Vergleich zu Jungen ein niedrigeres Maß an emotionalem Wohlbefinden auf. Laut dem Bewertungshandbuch des WHO-5 könnten 22% der weiblichen Jugendlichen und 10% der männlichen Jugendlichen von einer depressiven Verstimmung oder Depression betroffen sein. In der HBSC-Studie 2023 gaben 29,2 % der Mädchen und 9 % der Jungen an, mehrmals wöchentlich oder täglich Angstgefühle zu haben.

Die genaue Art der Ängste lässt sich aus der Studie nicht ableiten (BMSGPK, 2023).

| Beschwerdeart | Mädchen | Burschen | gesamt |
|----------------------------------|---------|----------|--------|
| Gereiztheit, schlechte Laune | 44,0 % | 24,7 % | 34,8 % |
| Schwierigkeiten beim Einschlafen | 32,1 % | 23,2 % | 27,9 % |
| Nervosität | 35,4 % | 17,6 % | 27,0 % |
| Zukunftssorgen | 29,2 % | 16,5 % | 23,2 % |
| Niedergeschlagenheit | 30,0 % | 12,4 % | 21,6 % |
| Angstgefühle | 29,2 % | 9,0 % | 19,6 % |
| Nacken-/ Schulterschmerzen | 24,3 % | 13,7 % | 19,3 % |
| Kopfschmerzen | 27,4 % | 10,0 % | 19,1 % |
| Rückenschmerzen | 23,1 % | 14,2 % | 18,9 % |
| Probleme mit den Augen | 19,6 % | 12,0 % | 16,0 % |
| Schwindel | 19,3 % | 8,2 % | 14,0 % |
| Magen-/Bauchschmerzen | 16,5 % | 6,2 % | 11,6 % |

Tabelle 2: häufige Beschwerden nach Geschlecht

(Quelle: BMSGPK, 2023)

6.2 BELLA-Studie

Im Rahmen des umfassenden Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS des Robert Koch-Instituts stellt die BELLA-Studie ein eigenständiges Modul zur psychischen Gesundheit dar. Sie hat das Ziel, die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren in Deutschland über einen längeren Zeitraum zu erforschen. Dabei werden die Häufigkeit des Auftretens, Verlaufswesen sowie relevante Einflussfaktoren von psychischen Auffälligkeiten analysiert, ebenso wie die Nutzung des Gesundheitssystems. Unter den prominentesten psychischen Krankheitsbildern bei jungen Menschen sind Verhaltensprobleme, emotionale Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Essstörungen, Ängste sowie Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen. Diese psychischen Erkrankungen können nicht nur das Wohlbefinden beeinträchtigen, sondern auch gravierende Auswirkungen auf den Alltag haben, wie zum Beispiel auf das Schulleben oder die Beziehungen

zu Familie und Freunden (Ravens-Sieberer & Klasen, 2014, S. 9–12). Insgesamt zeigt die BELLA-Studie, dass Mädchen mit jeweils 15,5 Prozent die höchsten Werte für Hinweise auf Depressionen und Angststörungen aufweisen (Ravens-Sieberer & Klasen, 2014, S. 49).

| | | B0 (n = 1.207) | B1 (n = 1.040) | B2 (n = 955) | B3 (n = 1.006) |
|----------|---------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| CES-DC | Gesamt | 10,1 (117) | 10,8 (100) | 12,7 (117) | 11,9 (112) |
| | Mädchen | 9,5 (53) | 11,3 (51) | 15,5 (49) | 13,6 (65) |
| | Jungen | 10,7 (64) | 10,3 (49) | 10,1 (49) | 10,1 (47) |
| SCARED-5 | Gesamt | 9,0 (104) | 6,8 (63) | 6,7 (62) | 11,1 (105) |
| | Mädchen | 10,1 (61) | 7,5 (34) | 8,2 (36) | 15,5 (74) |
| | Jungen | 7,7 (43) | 6,1 (29) | 5,4 (26) | 6,7 (31) |
| CONNER'S | Gesamt | 5,5 (64) | 5,0 (46) | 3,7 (34) | 3,9 (37) |
| | Mädchen | 7,3 (41) | 4,2 (19) | 3,6 (16) | 3,8 (18) |
| | Jungen | 3,8 (23) | 5,7 (27) | 3,7 (18) | 4,1 (19) |
| CBCL | Gesamt | 11,1 (61) | 9,4 (51) | 10,7 (57) | 10,1 (89) |
| extern. | Mädchen | 9,9 (31) | 11,9 (35) | 11,5 (31) | 11,5 (51) |
| | Jungen | 12,8 (30) | 6,4 (16) | 10,0 (26) | 8,6 (38) |

Tabelle 3: Auftretende spezifisch psychische Angststörungen (SCARED-5) nach Geschlecht

(Quelle: Ravens-Sieberer & Klasen, 2014, S. 46)

6.3 Weitere Studien und Befunde

„Befunde von Beidel und Morris (1995) zeigen, dass die Mehrzahl (60 %) der ängstigenden Situationen in der Schule aufträte“ (In-Albon, 2011, S. 35). Die am häufigsten genannten angstauslösenden Situationen sind zwischenmenschliche Aktionen mit Gleichaltrigen und an zweiter Stelle werden Prüfungssituationen genannt. An dritter Stelle liegen Situationen, in welchen man von der Lehrperson aufgerufen wird, um vor der Klasse etwas aufzuführen oder vorzulesen (In-Albon, 2011, S. 38).

Auch Strauss und Last (1993, S. 141–152) betonen, dass die meisten sozialen Angstsituationen von Kindern und Jugendlichen in der schulischen Umgebung auftreten.

Mattejat (2002, S. 211–241) nennt als angstauslösende Beispiele: sich melden, an die Tafel treten, laut vorlesen, Sportunterricht, Teilnahme an Ausflügen oder Klassenfahrten.

7. Therapiemöglichkeiten

„Tue das, was du fürchtest, und das Ende der Furcht ist gewiss.“

(Ralph Waldo Emerson)

7.1 Das kognitive Behandlungskonzept

Die Kognitive Verhaltenstherapie ist derzeit die wirksamste Therapie bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Die kognitive Verhaltenstherapie ist derzeit die wirksamste Therapie, um Kinder und Jugendliche zu behandeln (In-Albon, 2011, S. 116). Das in diesem Kapitel vorgestellte kognitive Behandlungskonzept wird bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt (Steil et al., 2011, S. 56).

Das Ziel dieses Behandlungskonzepts ist es, dem jungen Menschen zu helfen, sein sozialphobisches Verhalten und Denken zu ändern. Diese Kinder haben Angst, dass andere Personen ihr Verhalten oder ihre körperlichen Reaktionen bewerten (z.B. „Andere denken, dass ich zu dumm bin, um richtig zu sprechen, nur weil ich stottere.“). Außerdem haben diese Kinder Angst vor den Folgen sozialer Situationen (z.B. „Wenn ich in der Pause mit anderen Kindern zusammen bin, werde ich kein Wort herausbringen.“).

Laut dem kognitiven Behandlungskonzept gibt es drei kognitive Prozesse, welche das soeben beschriebene Verhalten aufrechterhalten:

- die exzessive Selbstaufmerksamkeit
- das Sicherheitsverhalten
- verzerrte Selbstwahrnehmung des Kindes in sozialer Interaktion

Diese drei Prozesse sollten in der Behandlung verändert werden (Steil et al., 2011, S. 56).

7.1.1 Selbstaufmerksamkeit reduzieren

Die Kinder und Jugendlichen lernen, dass sie sich in angstauslösenden Situationen nicht auf ihre Ängste und Befürchtungen konzentrieren. Die Aufmerksamkeit wird

nach außen gerichtet und somit lernen die Kinder realistisch einzuschätzen, wie andere Personen sie bewerten (Steil et al., 2011, S. 57).

7.1.2 Sicherheitsverhalten abbauen

Manche Jugendliche zeigen Verhaltensweisen, um sicherzugehen, dass sie sich nicht blamieren. In der Therapie lernen sozialphobische Jugendliche, dass genau dieses Sicherheitsverhalten (z.B. besonders leises und rasches Sprechen, damit keiner etwas versteht und auch keiner Fragen stellen kann) andere Menschen nicht positiv beeinflusst, sondern es vielmehr dazu führen kann, dass sie als ungewöhnlich empfunden werden (Steil et al., 2011, S. 57).

7.1.3 Verzerrete Vorstellungsbilder modifizieren

Jugendliche, die betroffen sind, können häufig verzerrete Vorstellungen davon haben, wie sie in sozialen Situationen wirken. (z.B. Ein Bub befürchtet, dass sein Kopf knallrot anläuft, wenn ihn ein Mädchen anspricht. Außerdem hat er Angst, dass seine Akne dadurch noch deutlicher zu sehen ist.). In der Therapie wird mit Videofeedback gearbeitet. Dadurch kann der Jugendliche, der aus einer beobachtenden Position agiert, erkennen, dass seine Wahrnehmung seiner äußeren Erscheinung nicht mit dem im Video dargestellten Bild übereinstimmt (Steil et al., 2011, S. 57).

7.1.4 Grübeln aufgeben

Betroffene Jugendliche beschäftigen sich gedanklich so intensiv mit sozialen Situationen, dass sie oft vorher und nachher sehr angespannt sind und Situationen, welche zum Beispiel bei einer Party eintreten könnten, tagelang gedanklich durchgehen. Sie überlegen sich ganz genau, welche Kleidung sie tragen werden, um möglichst wenig aufzufallen. Meistens kommen sie zum Schluss, dass sie in der Situation (z.B. Party) alles falsch gemacht haben und sich blamiert haben. Während der Therapie erlangen Jugendliche Fähigkeiten, das übermäßige Nachdenken vor und nach beängstigenden Situationen zu überwinden. Ziel ist es, sie zu befähigen, diese Situationen realistisch zu bewerten (Steil et al., 2011, S. 58).

7.2 Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren wie imaginative Techniken und Formen der progressiven Muskelrelaxation, autogenes Training oder Traumreisen können wirksame Interventionen sein, um Kindern zu helfen, sich in angstauslösenden Situationen gezielt zu entspannen und vorhandene Anspannungen abzubauen. Indem sie eine Entspannungstechnik erlernen und beherrschen, können Kinder dazu befähigt werden, ihre Selbstregulation zu verbessern, insbesondere in Situationen, die möglicherweise Angst hervorrufen können. Werden Entspannungstechniken als Gruppenangebot eingesetzt, können auch andere Kinder davon profitieren (Fuhrmann & von Gontard, 2015, S. 135).

Die Bedeutung von Entspannungstechniken zur Reduktion starker körperlicher Anspannung bei Angst ist von großer Relevanz. Die Verringerung der Anspannung kann bewirken, dass körperliche Angstsymptome wie Unruhe, Herzrasen oder ein Engegefühl in der Brust deutlich abnehmen. Zu den maßgeblichen Entspannungstechniken zählen die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Edmund Jacobson und das Autogene Training nach Johannes Schultz (Amrhein, 2023, S. 12).

7.2.1 Fantasiereise

Die Methode der Phantasiereise hat ihren Ursprung in der humanistischen Psychologie und in der Gestaltpädagogik. Häufig greifen Phantasiereisen auf bewährte Methoden wie Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation von Jacobson zurück. Im pädagogischen Kontext dienen Phantasiereisen als angeleitete Übungen und nicht als therapeutisches Mittel. Sie bieten Kindern einen geschützten Raum, um sich zu entspannen, zu träumen, sich zu erholen und durch das Hören und Erleben von Geschichten neue Kraft zu schöpfen. Das Entstehen innerer Bilder während einer Phantasiereise und die Auswirkungen auf den Körper, wie das Nachlassen der Muskelspannung und eine ruhigere Atmung, fördern Ruhe und Entspannung. Bei einer Phantasiereise wird den Kindern das Gerüst einer Geschichte erzählt, das sie mit ihrer eigenen Phantasie ausfüllen können. Dabei werden alle Sinne angesprochen, so dass ein Erleben und Handeln in einer imaginierten inneren Wirklichkeit möglich wird. Rudiger und Gerda Maschwitz

unterscheiden Phantasiegeschichten, die für Kinder bis zu 4 Jahren geeignet sind, geführte Phantasiereisen für Kinder zwischen 4 und 10 Jahren und halboffene Phantasiereisen für Kinder ab 10 Jahren. Für jüngere Kinder in der magischen Phase genügt es, sie aufzufordern, sich das Erzählte innerlich vorzustellen. Die Fantasiegeschichten werden in der dritten Person erzählt und knüpfen an die Lebens- und Vorstellungswelt der Kinder an. Die angeleiteten Phantasiereisen bestehen aus einem Grundgerüst mit Aufforderungscharakter, das die Kinder einlädt, die kurzen Zwischenräume mit eigenen Vorstellungen zu füllen. Auch hier wird auf eine direkte Ansprache verzichtet, um eine gewisse Distanz zu wahren. In die Phantasiereise können auch Fragen nach dem Befinden eingebaut werden, zum Beispiel: "Der Sand ist warm. Spürt ihr das?" Diese Form der Phantasiereise bietet Sicherheit durch den vorgegebenen Rahmen. Die halboffene Phantasiereise fördert stärker die Entwicklung eigener innerer Bilder. Hier wird die Anrede "Du" gewählt und der Inhalt der Reise weniger detailliert beschrieben. Dadurch haben die Zuhörenden mehr Zeit, ihre eigenen inneren Bilder entstehen zu lassen. Diese Art der Phantasiereise richtet sich an ältere Kinder und Jugendliche, die sich auf der Suche nach ihrer Identität ihrem eigenen inneren Erleben nähern möchten (Möller, 2009, S. 237).

7.2.2 Progressive Muskelentspannung (PME)

Die Progressive Muskelentspannung (PME) stellt eine praxisorientierte Methode der Entspannung dar, die insbesondere für Personen geeignet ist, die bislang wenig Erfahrung mit solchen Verfahren haben. Die Teilnehmer können sich auf unkomplizierte Bewegungen und Anspannungen von Muskelgruppen fokussieren, ohne unmittelbar mit ihren innersten Emotionen konfrontiert zu werden. Entwickelt wurde die Methode von Edmund Jacobson, der herausfand, dass psychisch Kranke unter Muskelverspannungen leiden und dass Entspannung diesen Erregungszuständen entgegenwirkt. Die Entspannung der Körpermuskulatur kann sich positiv auf den psychischen Zustand auswirken. Bei der PME werden bestimmte Muskelgruppen kurz und sanft angespannt, um anschließend die Entspannung bewusst wahrzunehmen. Das Hauptziel besteht darin, den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung zu erkennen und die Entspannung selbst aktiv herbeizuführen. Der Begriff "Progressive

Muskelentspannung" verdeutlicht, dass es sich um eine fortschreitende Herangehensweise handelt. Dies wird darin ersichtlich, dass im Verlauf der Übungen zunehmend mehr Muskelgruppen einbezogen werden und nach einer bestimmte Übungsdauer die Muskelgruppen so kombiniert werden, dass die erlernte Entspannung in jeder Situation des Lebens angewandt werden kann. Ziel ist es, die Entspannung zur Grundhaltung werden zu lassen und die Restspannung kontinuierlich abzubauen (Amrhein, 2023, S. 12).

7.2.3 Autogenes Training

Das autogene Training wurde von dem Psychiater Johannes Schultz entwickelt, der sich mit Hypnose beschäftigte. Schultz bemerkte, dass im Zustand der Entspannung der Mensch eine Schwere in den Muskeln und eine Wärme im Körper empfindet, begleitet von einer verlangsamten Atemfrequenz und einer beruhigten Herzschlagrate. Die Gedanken werden insgesamt ruhiger und ein Gefühl von Sicherheit und Glück stellt sich ein. Diesen Entspannungszustand kann der Mensch selbst aktiv durch innere, leise gesprochene Formeln herbeiführen. Durch kontinuierliches und konsequentes Üben kann der Entspannungszustand schneller erreicht und im Alltag gezielt eingesetzt werden. Im Vergleich zur Progressiven Muskelentspannung erfordert Autogenes Training ein höheres Maß an Konzentration. Es ist daher nicht angemessen für Menschen, bei denen Aufmerksamkeit, Affekt und Antrieb erheblich beeinträchtigt sind, wie dies bei bestimmten psychischen Erkrankungen der Fall sein kann, zum Beispiel die Borderline-Persönlichkeitsstörung, ADHS, ausgeprägte Depressionen oder schweren Zwangsstörungen (Amrhein, 2023, S. 12).

7.3 Aromatherapie

Die Aromatherapie ist ein Konzept, das in der heutigen Zeit immer mehr an Beliebtheit gewinnt. Besonders beliebt ist sie bei Menschen mit Angststörungen. Der Einsatz von Düften in Verbindung mit angenehmen Erlebnissen, beruhigender Musik und Entspannungsübungen hat sich als wirksame Methode erwiesen, um Ängste abzubauen. Bei Angstzuständen, die mit flacher und schneller Atmung

einhergehen, fördern ätherische Öle eine tiefere Einatmung durch die Nase und tragen so zur Beruhigung bei. Für viele Betroffene ist es eine wohltuende Praxis, beim Verlassen des Hauses ein kleines Duftfläschchen bei sich zu tragen, um daran zu riechen und sich durch den vertrauten Duft gestärkt zu fühlen, insbesondere in Situationen, in denen Probleme oder Ängste befürchtet werden. Die angenehme Wirkung von Düften kann ihnen Sicherheit vermitteln und helfen, mit Ängsten besser umzugehen (Morschitzky, 2009, S. 523). Nach den Erkenntnissen von Morschitzky gehören vor allem Lavendel-, Orange- und Neroli-Düfte zu den Düften, die am häufigsten bei Ängsten helfen. Ihre beruhigenden und stressreduzierenden Eigenschaften machen sie zu einer beliebten Wahl bei der Behandlung von Angstzuständen (Moschitzky, 2009, S. 523).

7.4 Ansätze zur Bewältigung von sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen

7.4.1 Externalisierung

Wenn es Kindern gelingt, ihre Angst als externes Phänomen darzustellen, so fällt ihnen der Umgang mit ihrer Angst leichter. Auf diese Weise wird die Furcht von der individuellen Persönlichkeit des Kindes separiert, was dazu führt, dass sie als weniger bedrohlich wahrgenommen wird. Zum Beispiel suchen sich die betroffenen Kinder Bilder (Angstvogel, Angsttier oder Angstmonster) gegen die sie kämpfen müssen. Somit wird bei der Therapie nicht mehr von der Angst des Kindes gesprochen, sondern von dem externen Angstbild, gegen das man gemeinsam (Therapeut und Kind) kämpft (Melfsen & Walitza, 2013, S. 90).

7.4.2 Identifikationsfigur

Das Kind wählt eigenständig eine Vorbildfigur aus. Diese Figur kann zum Beispiel ein Familienmitglied, eine Comicfigur oder ein Schauspieler sein. Wichtig ist allerdings, dass diese Figur den idealen Umgang mit Angst verkörpert. Somit kann das ängstliche Kind in diese Figur „hineinschlüpfen“ und so die Angst besser überwinden (Melfsen & Walitza, 2013, S. 91).

7.4.3 Geschichten

Eine Form des verdeckten Modelllernens ist das Erzählen oder Vorlesen von Geschichten zum Thema Angstüberwindung. Ziel ist es, dass Informationen in den Geschichten die Kinder zur Problemlösung anregen sollen (Melfsen & Walitza, 2013, S. 91).

7.5 Übersicht über die unterschiedlichen Therapieformen

| Therapieform | Wirksamkeit | Ablauf | Literatur, Videolinks |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Progressive Muskelentspannung (PME) | <ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Achtsamkeit gegenüber dem Körper • Abbau von körperlicher Anspannung • Lockerung von Muskelverspannungen • Förderung des Stressabbaus • Verringerung der Herzschlagrate • Förderung einer ruhigen Atmung | <p>Die Übung kann in zwei verschiedenen Positionen durchgeführt werden, entweder im Liegen auf einer Unterlage oder im bequemen, aufrechten Sitzen. Dabei werden bestimmte Muskelgruppen nacheinander für einen Zeitraum von etwa fünf bis sieben Sekunden aktiv angespannt. Anschließend folgt eine Entspannungsphase von circa zehn Sekunden. Wichtig dabei ist auch eine bewusste Atmung. In der Regel beginnen die Übungen mit dem Ballen der Fäuste, woraufhin sie auf andere Bereiche des Körpers ausgedehnt werden (Amrhein, 2023, S. 12).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Speck, V. (2005). <i>Progressive Muskelentspannung für Kinder</i>. Göttingen: Hogrefe [Audio-CD] • Speck, V. (2005). <i>Training progressiver Muskelentspannung für Kinder</i>. Göttingen: Hogrefe |

| | | | |
|---------------|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der seelischen und körperlichen Entspannung (Amrhein, 2023, S. 12). | | |
| Fantasiereise | <ul style="list-style-type: none"> • Stressabbau • Physisches Wohlbefinden steigern • Vermitteln von Geborgenheit und Sicherheit • Selbstvertrauen stärken • Angst in Erfolgserlebnis verwandeln | <p>Die Lehrperson erzählt eine Geschichte oder liest einen Text vor. Die Kinder machen es sich bequem und verhalten sich still während dieser Methode. Sie lauschen der Stimme der Lehrperson. Diese kann durch leise, beruhigende Musik unterstützt werden. Fantasiereisen im Unterricht müssen immer mit einer nachträglichen Verarbeitungsphase verbunden werden (Mattes, 2009, S.118—119).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Reznick, C. (2013). <i>Innere Starkmacher: Wie Kinder Stress und Angst in Freude und Selbstvertrauen verwandeln</i>. München: Kösel Verlag |

| | | | |
|--------------------|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Konzentrationsfähigkeit • Tiefer Entspannungszustand • Hinwendung zu sich selbst (Mattes, 2009, 118—119). | | |
| Autogenes Training | <ul style="list-style-type: none"> • Innere Ruhe finden • Frei werden von Gedanken und Sorgen des Alltags • Schwere- und Wärmegefühl • Führt zu Kraft und Energie • Loslassen und Abschalten (Amrhein, 2023, S.12). | <p>Die Kinder nehmen eine bequeme Haltung ein und schließen die Augen. Das Autogene Training wird in drei Stufen absolviert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ruheübung: Die Suggestion lautet: „Ich atme ganz ruhig und gleichmäßig.“ • Die Schwereübung: Körperliche Entspannung wird durch ein angenehmes Schweregefühl herbeigeführt. Die Suggestion lautet | <ul style="list-style-type: none"> • Hennig, M. (2003). <i>Autogenes Training für Kinder: Ruhe und Kraft im Alltag – Übungsprogramm in 7 Schritten – Extra: Fantasiegeschichten mit Anleitungen</i>. München: Droemer Knauer • Müller, E. (2001). <i>Bewusster leben durch Autogenes Training und</i> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>zum Beispiel „Mein rechter Arm ist angenehm schwer.“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Wärmeübung: Die Suggestion lautet zum Beispiel „Mein linker Arm ist angenehm warm.“ <p>Die verschiedenen Übungen, nämlich die Ruheübung, die Schwereübung und die Wärmeübung, sind jeweils mit einer begleitenden Konditionierungsformel versehen. Diese wird mehrfach in ruhiger Art und Weise ausgesprochen und von den Teilnehmenden mehrmals gedanklich wiederholt. Die Verwendung der Ich-Formulierung ist wesentlich, um eine gewünschte Identifikation mit dem Ziel der jeweiligen Übung zu erreichen. Keine dieser Übungen sollte eine Dauer von drei bis fünf Minuten überschreiten (Amrhein, 2023, S. 12). Nach Abschluss jeder Übung erfolgt im</p> | <p><i>richtiges Atmen.</i> Reinbek bei Hamburg: Rowohlt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Müller, E. (2006). <i>Du spürst unter deinen Füßen das Gras: Autogenes Training in Phantasie- und Märchenreisen.</i> Frankfurt: Fischer • Schultz, J. (2003). <i>Das autogene Training: Konzentrative Selbstentspannung. Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung.</i> Stuttgart: Thieme • Schultz, J. (2010). <i>Autogenes Training. Das Original- Übungsheft. Die Anleitung vom Begründer der Selbstentspannung.</i> Stuttgart: Thieme |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| | | <p>Anschluss an die Wiederholung der Ruheformel die aktive Rücknahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arme werden fest angespannt • Fäuste ballen sich • Tiefes Ein- und Ausatmen durch die Nase • Augen werden geöffnet • Aufstehen (Amrhein, 2023, S. 12). | |
| Aromatherapie | <ul style="list-style-type: none"> • Ängste abbauen • Beruhigende Wirkung • Betroffene fühlen sich gestärkt • Stressreduktion • Vermittlung von Sicherheitsgefühl (Moschitzky, 2009, S. 523). | <p>Die ätherischen Öle lassen sich mit einem Roll-on auftragen. Roll-ons können von den Kindern unkompliziert mit in die Schule genommen und jederzeit angewendet werden. Hydrolate in einem Duftfläschchen sind mild und können ebenfalls auf Körper, Haut, Haare und Kleidung aufgesprüht werden. Nicht zu vergessen sind die Inhalationssticks, die direkt mit dem Duft besprüht werden und so bei Bedarf</p> | <p>Herber, S. & Zimmermann, E. (2018) <i>Aromatherapie für Kinder. Schnelle und sanfte Alltagshilfe</i>. Stuttgart: Ulmer Verlag</p> |

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| | | von den Kindern inhaliert werden können (Moschitzky, 2009, S. 523). | |
| Kognitive Verhaltenstherapie | <ul style="list-style-type: none"> • Symptome lindern • Negatives Selbstbild verbessern • Änderung negativer Denkweisen und Wahrnehmungen • Abbau von Ängsten und Phobien • Hilfe zum Erwerb von Konfliktlösestrategien • Verbesserung im Umgang mit eigenen Gefühlen (Steil et al., 2011, S.57). | <p>Eine kognitive Verhaltenstherapie darf nur von einem Psychotherapeuten durchgeführt werden.</p> <p>Im Erstgespräch erklärt man das aktuelle Problem. Im Anschluss werden die Behandlungsziele und der Therapieplan gemeinsam besprochen. Fortschritte und aufkommende Probleme werden in den Sitzungen besprochen. Die Dauer der Therapie ist von Person zu Person unterschiedlich. (Steil et al., 2011, S.57).</p> | |

8. Wie können Lehrpersonen unterstützen?

Der Einfluss von Gleichaltrigen und die Erziehung durch Lehrer_innen tragen neben der Familie wesentlich zur Entwicklung eines Kindes bei. Ängstliche Verhaltensauffälligkeiten sind in der Regel leichter zu erkennen als depressive Symptome. Lehrpersonen können einen wichtigen Beitrag zur Angstbewältigung leisten, wenn Kinder unter einer Angststörung leiden.

Fuhrmann und von Gontard (2015, S. 132—137) geben einige Richtlinien für den Umgang mit ängstlichen Kindern:

- Sensibilität für psychische Auffälligkeiten: Es ist wichtig, bereits im Grundschulalter auf mögliche Anzeichen von Angststörungen zu achten, da diese bereits im Alter von 18 Monaten auftreten können. Es empfiehlt sich, das Gespräch mit den Eltern zu suchen, wenn bei einem Kind Anzeichen einer Angststörung erkennbar sind.
- Austausch mit den Eltern: Lehrer sollten die Eltern auf unbegründete und übermäßige Ängste des Kindes ansprechen und ihre Beobachtungen mitteilen. Es ist wichtig, die Eltern bei der Bewältigung der Angststörung zu unterstützen, da manche Eltern zögern, externe Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Unterstützung des ängstlichen Vermeidungsverhaltens: Es ist ratsam, ängstlichem Verhalten keine übermäßige Aufmerksamkeit zu schenken, sondern mutiges Verhalten zu loben und das Kind entwicklungsangemessen zu fordern, ohne es zu überfordern. Das Kind sollte am normalen Schulalltag teilnehmen und nicht durch übertriebene Nachsicht oder übertriebene Strenge in seinem Vermeidungsverhalten bestärkt werden.
- Einführung von Entspannungstechniken: Das Einüben von Entspannungsverfahren wie Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training oder Fantasiereisen kann Kindern helfen, sich in angstauslösenden Situationen gezielt zu entspannen und Spannungen abzubauen.
- Erfolgserlebnisse ermöglichen: Es ist wichtig, die Stärken des Kindes zu erkennen und ihm kleine Aufgaben im Schulalltag zu übertragen, um sein Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen zu stärken.

- Integration in das Spiel anderer Kinder: Lehrpersonen sollten versuchen, sozial ängstliche Kinder in das Spiel anderer Kinder zu integrieren oder Aktivitäten anzubieten, bei denen sich das Kind nicht zurückziehen kann und sich mit anderen Kindern auseinandersetzen muss.
- Nicht-ängstliches Verhalten vorleben: Pädagogen sollten Vorbilder sein und mit angstauslösenden Situationen oder Objekten angemessen umgehen, um den Kindern zu zeigen, wie sie mit Ängsten umgehen können. Auch mutige und starke Personen können als positive Beispiele dienen (Fuhrmann & von Gontard, 2015, S. 132—137).

8.1 Zeitpunkt, Ort und Vorgehensweise

Entspannungsübungen können in verschiedenen Situationen hilfreich sein, darunter:

- vor anspruchsvollen Momenten wie Prüfungen und schulischen Aufgaben
- nach herausfordernden Situationen zur Verringerung muskulärer Spannung
- zwischen besonders fordernden Unterrichtseinheiten
- nach körperlich intensiven Sportkursen zur Beruhigung der Herzfrequenz
- vor und während des Unterrichts, um die Konzentration zu fördern (Zimmer & Wenge, 2020, S. 13).

Diese Übungen sollten regelmäßig wiederholt werden, um eine routinierte Praxis zu etablieren. Es wird empfohlen, feste Rituale festzulegen, wie beispielsweise eine bestimmte Uhrzeit, Musik oder ein anderes Signal.

Voraussetzungen für eine effektive Entspannungseinheit umfassen:

- Einen ruhigen und angenehm temperierten Raum
- Vorhandene Kissen und Decken
- Gegebenenfalls leise Hintergrundmusik
- Langsame und klare Sprache mit gedämpfter Stimme (Zimmer & Wenge, 2020, S. 13).

8.2 Konkrete Beispiele für das Klassenzimmer

8.2.1 Progressive Muskelentspannung

Die nachfolgende Abfolge von Anspannungs- und Entspannungsübungen wirkt der Belastung und Konzentration im Schulalltag entgegen. Diese Übungen können sowohl als Gruppe mit der gesamten Klasse als auch individuell während des Unterrichts durchgeführt werden. Die Lehrperson gibt folgende Anweisungen in ruhiger und gesenkter Stimme (Zimmer & Wenge, 2020, S. 44—48).



Abbildung 1: kleinteilige An- und Entspannungen

(Quelle: Zimmer & Wenger, 2020, S. 46)

8.2.2 Autogenes Training

Die Dauer einer Übungseinheit beträgt zehn bis fünfzehn Minuten. Auf die Einstimmung und die Rückführung darf nicht verzichtet werden. Die Kinder nehmen dabei eine bequeme Haltung ein. Im Klassenraum kann das autogene Training sitzend, den Kopf auf die am Tisch gestützten Arme abgelegt, durchgeführt werden. In der Sporthalle können die Kinder auf Matten liegen. Es wird empfohlen, dass jüngere Kinder in der Rückenlage positioniert werden. Die Vorbereitung zielt darauf ab, äußere Stimulationen auszublenden und bewusst in den eigenen Körper einzutauchen (Zimmer & Wenge, 2020, S. 41—43).

- Eine bequeme Position einnehmen.

- Die Augen schließen.
- Ruhiges Ein- und Ausatmen.
- Sich gedanklich auf den eigenen Körper konzentrieren,

Die individuellen Übungen (Ruhe, Schwere und Wärme) werden von einer jeweiligen konditionierten Formel begleitet. Diese wird ruhig von der Lehrperson vorgesprochen und von den Kindern mehrfach im Geist wiederholt (Zimmer & Wenge, 2020, S.39—41).

Ruheformel:

- Innere Ruhe und Gelassenheit durchströmen mich.

Schwereformel/n:

- Mein (rechter/linker) Arm fühlt sich wohltuend schwer an.
- Meine Arme fühlen sich wohltuend schwer an.
- Mein Nacken ist angenehm schwer.
- Meine Schultern sind angenehm schwer.
- Meine Beine sind angenehm schwer.
- Meine Füße sind angenehm schwer.
- Ein angenehmes Gefühl von schwere durchströmt meinen Körper.

Wärmeformel/n:

- Eine wohlige Wärme breitet sich in meinem (rechten/linken) Arm aus.
- Meine Arme verbreiten eine angenehme Wärme.
- Mein Nacken strömt angenehm warm.
- Meine Schultern strömen angenehm warm.
- Meine Beine strömen angenehm warm.
- Meine Füße strömen angenehm warm.
- Mein gesamter Körper wird von einer behaglichen Wärme durchströmt (Zimmer & Wenge, 2020, S. 39–41).

Die Dauer jeder dieser Übungen sollte nicht mehr als drei bis fünf Minuten betragen. Nach Abschluss jeder Übung wird die Ruheformel wiederholt, gefolgt von einer aktiven Rücknahme.

- Die Arme werden kräftig angespannt.

- Die Fäuste ballen sich.
- Tief durch die Nase ein- und ausatmen.
- Die Augen werden geöffnet (Zimmer & Wenge, 2020, S. 39—41).

8.2.3 Fantasiereise

Eine Fantasiereise kann gemeinsam in der Klasse durchgeführt werden. Die Geschichte wird von der Lehrperson mit ruhiger Stimme vorgelesen. Folgende Fantasiereise führt die Kinder zum Beispiel zu einem ruhigen Plätzchen mitten auf der Wiese (Möller, 2009, S. 237).

Komm mit auf meine Traumwiese

Mache es dir an einem ruhigen Plätzchen gemütlich und schließe die Augen. Stelle dir nun vor, du gehst spazieren und entdeckst zwischen Bäumen eine einsame Waldwiese. Geheimnisvoll sieht sie aus. Ein bisschen verwunschen fast. Und wunderschön. Du stehst am Rand dieser kleinen Wiese und blickst dich um. Die Sonne scheint. Sie taucht die Wiesenblüten und Gräser in ein helles, schillerndes Licht. Hohe Bäume und Sträucher umsäumen die Wiese. Der Wind wiegt ihre Zweige sanft hin und her. Er bemalt die Wiese mit immer neuen Schattenfiguren im sonnenhellen Wiesengrün. Ringsum zwitschern Vögel ihr fröhliches Tageskonzert. Grillen zirpen, Käfer brummen, Bienen summen. Eine bunte Wiesenmusik ist es, die dich zum Lauschen einlädt. Ein gelber Schmetterling schwebt federleicht von einer Blüte auf. Mit spielerischen Flügelschlägen fliegt er zu dir herüber und tanzt für dich ein lockendes Tänzchen. „Komm mit!“, hörst du eine helle Singsangstimme rufen. „Komm mit auf die Traumwiese!“ Du zögerst, dann folgst du dem

Schmetterling, der federleicht durch die Luft gleitet und weit und weiter in die Wiese hinein von Blüte zu Blüte tänzelt. Vorsichtig gehst du durch das Wiesengrün und bestaunst das bunte Vielerlei der Wiesenblumen. Da! Der Schmetterling ist auf einmal in einem Blütenpolster verschwunden. Mitten auf der Wiese stehst du nun. Wohl fühlst du dich hier. Sehr wohl. Suchend blickst du dich um. Dann staunst du. Vor dir liegt eine kunterbunte Decke. Sie ist aus hundert und mehr Blütenköpfen geflochten. Wie zauberhaft schön sie ist! „Bleib ein bisschen auf meiner Traumwiese! Wir träumen einen Wiesentraum!“, flüstert die fremde helle Stimme dir zu. „Ja. Komm! Leg dich zu uns! Wir haben dich schon erwartet!“, rufen nun hundert und mehr feine Stimmchen von der Decke her und die hundert und mehr Blütenköpfe schenken dir ein fröhliches Lächeln. Da lächelst auch du. Vorsichtig legst du dich auf die bunte Blütendecke und atmest tief ein und aus. Wie süß es hier duftet! Traumwundersüß. Wohl fühlst du dich hier. Und ganz ruhig bist du nun. Ruhig und entspannt. Dein Atem geht ruhig und gleichmäßig. Ruhig und gleichmäßig. Du bist jetzt ganz entspannt. Leicht und froh fühlst du dich auf deiner Traumwiese. Leicht und froh. Und ganz ruhig. Ruhig und entspannt. Genieße all das, was du spürst und fühlst. Genieße die duftende Blütendecke, auf der du liegst. Und freue dich. Hier nämlich hast du ein Plätzchen gefunden, das du immer wieder und zu jeder Zeit für ein Weilchen besuchen kannst. Die bunte Decke, aus Blütenköpfen geflochten, wird immer für dich da sein. Und sie wird immer einen neuen Wiesentraum für dich bereithalten. Wann immer du magst, kannst du auf die Traumwiese reisen. Dort geht es dir gut. Dort fühlst du dich froh und ruhig und entspannt. Nun bleibe noch einen

Augenblick auf deiner Traumwiesendecke liegen und atme noch einmal tief durch. Vielleicht magst du dem kleinen gelben Schmetterling und den vielen hundert und mehr Blütenköpfen auf deiner Decke „Tschüs“ sagen? Ja? Gut. Dann balle die Fäuste, recke und strecke dich, atme tief ein und aus und öffne die Augen. Ganz entspannt und froh verlässt du diesen schönen Ort. Recke und strecke dich noch einige Male und kehre langsam, ruhig und zufrieden mit dir selbst in deinen Tag zurück. (Bräunling, 2013, S. 13)

8.2.4 Aromatherapie

Gerade Kinder sind sehr empfänglich für die Aromatherapie und reagieren positiv auf den sinnlichen Reiz der ätherischen Öle. Kinder können sich unvoreingenommen auf die Düfte einlassen. Die passenden ätherischen Öle können Kinder darin unterstützen, klar zu denken, mutig und selbstbewusst sein. Die ätherischen Öle können zum Beispiel als Raumduft im Klassenzimmer verwendet werden. Riechstifte oder Duftanhänger können Kindern bei Trennungsangst oder Prüfungsangst helfen, sie passen in jede Hosentasche. Lehrpersonen können diesbezüglich die Eltern informieren (Morschitzky, 2009, S. 523).

Ätherische Öle haben unterschiedliche Wirkungen und können zum Beispiel helfen:

- bei Ängsten (Trennungsangst)
- bei Konzentrationsstörungen
- zur Stärkung des Selbstvertrauens
- zur Aufmunterung
- als Seelentrost bei Schulkrise (Morschitzky, 2009, S. 523).

9 Zusammenfassung, Resümee und Ausblick

Die Begriffe Angst, Furcht und Phobie werden unterschiedlich definiert.

Angst wurde als eine elementare, überlebensnotwendige Basisemotion beschrieben, die als Warnsignal in bedrohlichen Situationen dient. Die Bedeutung von Angst für das menschliche Verhalten wird betont und die positiven Aspekte von Ängsten hervorhoben und darauf hingewiesen, dass Angst eine treibende Kraft für Veränderungen sein kann.

Furcht wird als ein emotionales Erleben beschrieben, das sich auf eine klare Bedrohung bezieht, immer auf ein bestimmtes Objekt gerichtet ist und in der Regel auf rationale Gründe und angemessene Weise zurückzuführen ist.

Phobien werden wiederum als krankhafte, unbegründete und langanhaltende Angst vor spezifischen Situationen, Objekte, Tätigkeiten oder Menschen gesehen. Phobien werden durch den übermäßigen Wunsch, den Auslöser der Angst zu vermeiden, charakterisiert und führen zu unmittelbaren Angstreaktionen bei Konfrontation.

Der Unterschied zwischen normaler Angst und einer Angststörung ist, dass Ängste ein normales Phänomen sind und zur menschlichen Entwicklung gehören. Bei Kindern können bestimmte Ängste in verschiedenen Altersstufen auftreten und als Teil des normalen Entwicklungsprozesses betrachtet werden. Im Gegensatz dazu wurden Angststörungen als klinisch bedeutsame Ängste definiert, die nicht vorübergehend sind und mit starken Beeinträchtigungen einhergehen. Angststörungen können auf drei verschiedenen Ebenen, der physiologischen, motorischen und kognitiven Ebene auftreten. Besonders relevant ist die Betrachtung der entwicklungstypischen Ängste und der alterstypischen Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Dabei wurde aufgezeigt, welche Ängste in verschiedenen Altersstufen als normal gelten und welche möglicherweise als Angststörungen einzustufen sind. Dieser Aspekt ist wichtig, um eine angemessene Unterscheidung zwischen Entwicklungsphasen und behandlungsbedürftigen Störungen zu treffen. Im ICD werden vier spezifische Angststörungen im Kindes- und Jugendalter identifiziert. Hierzu zählen die emotionale Störung mit Trennungsangst, phobische Störungen, Störungen mit

sozialer Ängstlichkeit und die emotionale Störung mit Geschwisterrivalität. Im Gegensatz dazu hebt das DSM die Bedeutung von Trennungsangst, Phobien und der generalisierten Angststörung als bedeutende Angststörungen im Kindes- und Jugendalter hervor.

Kinder mit einer spezifischen Phobie zeigen übertriebene Angst vor bestimmten Objekten, Situationen oder sozialen Interaktionen. Dies äußert sich oft in starken körperlichen Symptomen und Vermeidungsverhalten. Spezifische Phobien können verschiedene Bereiche betreffen, wie die Angst vor Tieren, Dunkelheit oder vor Krankheiten. Soziale Phobien hingegen beinhalten eine starke Angst vor sozialen Situationen, in denen die Betroffenen von anderen Menschen beurteilt werden könnten. Die Prävalenz von Angststörungen ist bei Mädchen höher als bei Jungen, und viele spezifische Phobien treten bereits im Kindesalter auf. Soziale Phobien entwickeln sich in der Regel während der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter. Personen, die von Agoraphobie betroffen sind, empfinden starke Ängste, wenn es darum geht, ihr Zuhause oder öffentliche Orte zu verlassen, in denen es den Anschein hat, dass Flucht oder Hilfe nicht zugänglich sind.

Keine einfache Antwort bietet die Frage nach der Ursache von sozialen Phobien. Es gibt jedoch einige Faktoren, die für die Entstehung sozialer Phobien eine Rolle spielen können. Genetische Faktoren wurden als möglicher Einfluss auf die Entstehung einer sozialen Phobie genannt. Es wurde betont, dass nicht die Angststörung selbst vererbt wird, sondern eher die Veranlagung, ängstlich zu sein. Personen, die von Natur aus schüchtern und gehemmt sind, könnten anfälliger für die Entwicklung einer sozialen Phobie sein. Ein weiterer Faktor, der in Betracht gezogen wurde, ist die Verhaltenshemmung. Menschen, die in unvertrauten Situationen scheu und schüchtern reagieren, könnten ein erhöhtes Risiko haben, an sozialen Ängsten zu leiden. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass Verhaltenshemmung allein nicht als Ursache für soziale Angst angesehen werden kann. Die Psychobiologie hat eine bedeutende Rolle im Verständnis der Entstehung von Angst gespielt, wobei die Amygdala als ein integraler Teil des limbischen Systems eine wichtige Rolle bei der Einschätzung und Erkennung von Gefahren sowie den damit verbundenen emotionalen Reaktionen übernimmt. Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Kindern mit Angststörungen eine

gesteigerte Aktivität der Amygdala festgestellt werden kann. Die kognitiven Risikofaktoren können ebenfalls zur Entstehung sozialer Phobien beitragen. Es wurde betont, dass ängstliche Personen dazu neigen, Angst auslösende Reize als bedrohlich zu interpretieren, ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf bedrohliche Reize zu richten und sich besser an bedrohliche Informationen erinnern zu können. Die Angstsensitivität wurde ebenfalls als ein Faktor genannt, der zu Panikstörungen und Trennungsangst beitragen kann. Personen mit erhöhter Angstsensitivität neigen dazu, körperliche Symptome der Angst als besonders bedrohlich und schädlich zu bewerten. Der elterliche Erziehungsstil wurde auch als möglicher Einflussfaktor diskutiert. Ein kontrollierender, überbehütender Erziehungsstil und ein Mangel an emotionaler Wärme und Feinfühligkeit können das Risiko für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen erhöhen. Belastende Lebensereignisse können vorhandene Ängste verstärken. Wenn ein Kind bereits ängstlich ist und dann ein stressvolles Ereignis erlebt, kann dies dazu führen, dass die bestehenden Ängste verstärkt werden.

Die BELLA-Studie sowie die HBSC-Studie kamen zu dem Ergebnis, dass mehr Mädchen als Jungen unter Angststörungen leiden.

Die kognitive Verhaltenstherapie wurde als wirksamste Therapieform identifiziert, die darauf abzielt, das sozialphobische Verhalten und Denken der Betroffenen zu ändern. Das kognitive Behandlungskonzept zielt darauf ab, exzessive Selbstaufmerksamkeit, Sicherheitsverhalten und verzerrte Vorstellungsbilder zu reduzieren, während gleichzeitig Grübeln vermieden wird. Entspannungsverfahren wie imaginative Techniken, progressive Muskelrelaxation und autogenes Training wurden als hilfreiche Interventionen zur Reduzierung von Angstsymptomen identifiziert. Zusätzlich wurde die Aromatherapie als vielversprechende Methode zur Linderung von Ängsten hervorgehoben, insbesondere durch den Einsatz beruhigender Düfte wie Lavendel, Orange und Neroli. Für den Umgang mit sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen wurden Strategien wie Externalisierung, Identifikationsfiguren und Geschichten als unterstützende Maßnahmen zur Bewältigung der Angst vorgeschlagen.

Der letzte Teil der Bachelorarbeit zeigt deutlich die bedeutende Rolle, welche Lehrpersonen bei der Bewältigung von Angststörungen bei Kindern einnehmen. Sie

können durch ihre Sensibilität für psychische Auffälligkeiten frühzeitig Anzeichen von Angststörungen erkennen und das Gespräch mit den Eltern suchen. Der Austausch mit den Eltern ist entscheidend, da eine frühzeitige Unterstützung und gemeinsame Bewältigung der Ängste des Kindes wichtig sind.

Die Unterstützung des ängstlichen Vermeidungsverhaltens erfordert ein sensibles Vorgehen, bei dem das Kind ermutigt wird, mutiges Verhalten zu zeigen und gleichzeitig nicht überfordert wird. Das Einüben von Entspannungstechniken ermöglicht den Kindern, sich gezielt zu entspannen und Spannungen abzubauen, was ihnen hilft, besser mit angstausslösenden Situationen umzugehen.

Die Integration in das Spiel anderer Kinder und die Schaffung von Erfolgserlebnissen sind entscheidend für die Stärkung des Selbstbewusstseins und Selbstvertrauens der ängstlichen Kinder. Lehrpersonen können als Vorbilder dienen, indem sie nicht-ängstliches Verhalten vorleben und den Kindern zeigen, wie sie mit ihren eigenen Ängsten umgehen können.

Angst begleitet viele Kinder und Jugendliche wahrscheinlich mehr als wir glauben und Angst ist immer auch wahrzunehmen, ob nun von den Erziehungsberechtigten, von den Lehrern_innen oder von Freunden_innen. Leiden Kinder unter Angst, so sollte man ihnen auch helfen und mit ihnen über ihre Ängste sprechen. Dort wo das Sprechen mit Freunden_innen oder Familie nicht hilft, sollte man sich auch nicht scheuen, professionelle Hilfe im Sinne einer Therapie in Anspruch zu nehmen.

Abgeschlossen wird diese Arbeit mit einem Zitat von Marie Curie:

„Man muss vor nichts im Leben Angst haben, wenn man seine eigene Angst versteht.“

Literaturverzeichnis

- Altenthan, S., Betscher-Ott, S., Dirrigl, W., Gotthardt, W., Hobmair, H., Höhle, R., . . . Schneider, K.-H. (2008). *Pädagogik/Psychologie*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Amrhein, D. C. (17. Februar 2023). *therapie.de*. Abgerufen von: <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/angst/artikel/>
- BMSGPK. (2023). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Bräunling, E. (2013). *Eine Fantasiereise für Dich - SOMMER: Fantasiereisen und Geschichten*. Wald- Michelbach: Edition arttaeglich Verlag.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2009). *Klinische Psychologie*. Hallbergmoos: Pearson Verlag.
- Fuhrmann, P., & von Gontard, A. (2015). *Depressionen und Angst bei Klein- und Vorschulkindern*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- In-Albon, T. (2011). *Kinder und Jugendliche mit Angststörungen: Erscheinungsbilder, Diagnostik, Behandlung, Prävention*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Karin, v. C., & Stangier, U. (2010). *Ratgeber Soziale Phobie: Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Krohne, H. W. (2010). *Psychologie der Angst: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Last, C. G., & Strauss, C. C. (1993). *Social and simple phobias in children*. *Journal of Anxiety Disorders*. Philadelphia: Elsevier.
- Möller, R. (2009). *Arbeitsbuch Religionspädagogik für ErzieherInnen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mattejat, F. (2002). Ängste, Phobien und Kontaktstörungen. In G. Esser, *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 211–241). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Melfsen, S., & Walitza, S. (2013). *Soziale Angst und Schulangst. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Wien: Springer Verlag.
- Ravens-Sieberer, U., & Klasen, U. (26. November 2014). *Bundesministerium für Gesundheit*. Abgerufen von: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_BellaPlus_2014-11-26.pdf
- Remschmidt, H., Wehmeier, P. M., Warnke, A., Theisen, F. M., Simons, M., Schulz, E., . . . Hennighausen, K. (2008). *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schmidt-Traub, S. (2015). *Selbsthilfe bei Angst im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Schneider, S. (2004). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Steil, R., Matulis, S., Schreiber, F., & Stangier, U. (2011). *Soziale Phobie bei Jugendlichen. Behandlungsmanual für die Kognitive Therapie*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Steinhausen, H.-C. (2019). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. München: Urban & Fischer in Elsevier Verlag.
- Tuschen-Caffier, B., Kühl, S., & Bender, C. (2009). *Soziale Ängste und soziale Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Zimmer, P., & Wenge, K. (2020). *Entspannung in der Schule. Anleitung und Beispiele*. Münster: Burlage Verlag.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: kleinteilige An- und Entspannungen..... | 35 |
|---|----|

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|---|
| Tabelle 1: Entwicklungstypische Ängste und alterstypische Angststörungen..... | 7 |
|--|---|

| | |
|---|----|
| Tabelle 2: häufige Beschwerden nach Geschlecht | 18 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Tabelle 3: Auftretende spezifisch psychische Angststörungen (SCARED-5) nach Geschlecht | 19 |
|---|----|

Eidesstaatliche Erklärung

"Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbst verfasst habe und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Außerdem habe ich ein Belegexemplar verwahrt."

(Prüfungsordnung der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig §15, Abs. 8)

Ort, Datum

Unterschrift